

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARI'NDA SAĞLIK SEKTÖRÜ

Elif DİKMETAŞ YARDAN* Birgül YABANA KİREMİT**

*Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Arş. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Türkiye’de 1960 yılında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı ile birlikte 1963 yılından itibaren günümüze kadar 5 yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. 1963 yılında, yetersiz personel sayısı, bulaşıcı hastalıkların yoğunluğu, sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşüklüğü, hastane yatak sayısının düşüklüğü, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu programının devamı gibi konulardan bahsedilirken, günümüzde modern işletmecilik uygulamaları, kanıt ve veriye dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı, obezite ile savaş, yenilikçi tıp eğitimi, sağlık hizmet kalitesinin nasıl artırılması gerektiği, çalışanların yaşam kalitesi, sağlık hizmet birimlerinin akreditasyonu, uluslararası standartlara uygun sağlık veri tabanının oluşturulması gibi kavramlardan bahsedilmektedir. Kalkınma Planları sürecinde; sağlık dönüşüm programı ile tüm halk genel sağlık sigortası kapsamına alınmış, sağlığa ayrılan pay artırılmış, doğumdan beklenen yaşam süresi artırılmış, koruyucu tıp hizmetlerinin sürekliliği çalışmaları ile bulaşıcı hastalıklar engellenmiş, aile planlaması ve anaçocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirilmiş, sağlık hizmeti sunan kurumların sayısı artırılmış, tam gün yasası uygulanır hale gelmiş, sağlık hizmet ve sunum organizasyonları birbirinden ayrılmış, sağlık insan gücünün nitelik olarak artırılması ve nicelik olarak geliştirilmesi desteklenmiş, sağlık insan gücü coğrafı dağılımı dengeli tutulmaya çalışılmış, etkili sevk zinciri için aile hekimliği uygulamaları başlatılmış, kamu ve özel sektör hizmet sunucularının yer aldığı karma sağlık sistemi modeli benimsenmiştir. Bu çalışmada Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikalar ayrıntılı olarak incelenmiştir. Türkiye Kalkınma Planları incelendiğinde; yıllar itibariyle sağlık sektöründe çok büyük ilerlemeler olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye Kalkınma Planları, Sağlık Sektörü, Türkiye.

ABSTRACT

HEALTH SECTOR IN TURKEY DEVELOPMENT PLANS

In Turkey, 5-year development plans have started to be applied since 1963 with the State Planning Organization which was established in 1960. While in 1963, it was mentioned about issues such as insufficient personnel numbers, density of contagious diseases, low share for healthcare services, low number of hospital beds and law on continuity of socialization of healthcare services, today it is mentioned about the concepts such as modern business administration practices, medicine based on proves and data, rational drug use, fight against obesity, innovative medical education, how to increase healthcare service quality, life quality of the personnel, accreditation of health service units and establishing health databases in accordance with international standards. Within the process of Development Plans; all people were taken into the scope of general health insurance, share of healthcare services was increased, length of life expected from birth was increased, contagious diseases were prevented with the continuous practices of preventive health services, family planning and maternal-infant healthcare services were activated, the number of establishments rendering health services was increased, full-time law was started to be applied, health service and health delivery organizations were separated from each other, increasing health manpower qualitatively and improving them quantitatively was supported, it was tried to stabilize geographical distribution of health manpower, family medicine practices were commenced for an efficient referral chain, mixed health service model was adopted in which public and private sector service providers took place. In this study; situational analyses, aims and objectives as well as policies were examined in detail regarding health sector taking place in Turkey’s Development Plans. When Turkey’s Development Plans were examined, it was observed that there had been spectacular advancements in health sector by years.

Keywords: Turkey Development Plans, Health Sector , Turkey

1. GİRİŞ

İktisadi kalkınma, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere özgüdür. İktisadi kalkınma, üretimin ve kişilerin hayat standartları ile ekonomik, sosyal ve kültürel yapının değiştirilmesini içermektedir. Türkiye'de 30 Eylül 1960 tarihinde Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuştur. 1963 yılından itibaren de beş yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan başlayarak onuncu beş yıllık kalkınma planı (sadece dokuzuncu plan 7 yıllıktır) içinde, bölgelerarası gelişmişlik farklarını azaltmaya ilişkin sağlık sektörü de dahil birçok sektör için politikalara yer verilmiştir (Yardımcıoğlu vd., 2012). Yıllar itibariyle kalkınma planları aşağıdaki gibidir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018) (<http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx/> 26.02.2015).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın amacı; Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikaları ayrıntılı olarak incelemektir.

Çalışmanın yapılmasında birinci ve şu anda son olan onuncu kalkınma planı da dahil tüm kalkınma planları sağlık sektörü açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIşMA

Aşağıda her kalkınma planına ilişkin sağlık sektörüne ait durum analizi, amaç ve hedefler ve politikalar belirtilmiştir.

3.1.Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

3.1.1.Durum Analizi: En çok ölüme sebep olan hastalıklar kalp hastalıkları, çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve çeşitli diğer bulaşıcı hastalıklardır. Halk sağlığı şartları ve hizmet seviyesi düşüktür. Hekim, diş hekim, eczacı ve diğer yardımcı sağlık personel sayısı düşüktür. Toplam yatırımların % 2,3'ü sağlık hizmetleri yatırımlarıdır.

Sağlık kurumları arasında önemli bir yeri olan sağlık laboratuvarlarının niteliği ve sayısı yetersiz olmakla birlikte burada hizmet veren personel sayısı düşüktür.

1961 yılında askeri hastaneler de dahil yatak sayısı 62 bin civarında olup, 10 bin kişiye 21 yatak düşmektedir. Bunun yanında mevcut yatakların %30'u çeşitli sebeplerden dolayı kullanılmamış ve kullanılan yataklardan da tam olarak yararlanılamamıştır.

Sağlık personeli sayısına bakıldığında bu dönemde Türkiye'de sağlık personelinin yetersiz olduğu görölmektedir. Mevcut sağlık personelinin bölgeler arasında dengesiz dağılıma sahiptir ve tedavi hekimliği kadroları tam dolu iken koruyucu hekimlik kadrolarının %40'ı boştur. Çalışan hekimlerin yarısından çoğu mütehassıs veya eğitimleri

devam eden asistanlardır. Bu dönemde yardımcı sağlık personeli sayısı da yetersizdir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bir hemşireye 37 yatak düşmektedir. Bu oran hastane hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde hemşire başına 2,5 yataktır.

3.1.2.Amaç ve Hedefler: Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla çevre sağlığının iyileştirilmesi, halk sağlığı eğitimi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi amaç ve hedefler oluşturulmuştur. 15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise 6 katına çıkarılması ve bu dönemde dağınık ve dar olan sosyal sigorta sistemi birleştirilip dereceli olarak genişletilerek yaygın bir sosyal güvenlik sistemi haline getirilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için kişi başına sağlık harcamalarının 15 yıl içinde 2 katına çıkarılması hedefler arasında yer almıştır.

Bu dönemde mevcut sağlık, sağlık hizmetleri ve personel meselelerinin çözümlenmesi için yürütülecek programlar belirlenmiştir. Bunlar; personel yetiştirme programı, sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili program, bulaşıcı hastalıklarla savaş programları, ana-çocuk sağlığı programı, sağlık laboratuvarları programı, işçi sağlığı programı, depo-bakım ve onarım işleri programı ve yataklı tedavi kurumları programlarıdır.

3.1.3.Politikalar: Hizmetin görülmesinde yetki ve sorumluluk en alt basamaklara kadar yayılması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasaların uygulanması için çeşitli önlemler alınmasına yönelik politikalar belirlenmiştir

Kamuya ait sağlık hizmetlerinin, Milli Savunma Bakanlığı'nın özel nitelikteki bazı hizmetleri dışında, tek elden yürütülmesi, hizmetin sunumunda yetki ve sorumluluğun en alt basamaklara kadar yayılması, sağlık eğitiminin her kademesinde toplum hekimliğine daha geniş yer verilmesi, Hıfzıssıhha Okulunun, halk sağlığı ile ilgili eğitim ve araştırma yapan bir kurum haline getirilmesi, hizmetlerin tek elden yönetimi sağlanana kadar kamu

kuruluşları kendi hastanelerini yapmaya devam etmesi, ancak, yeni yapılacak yataklı tedavi kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve m¼mk¼n olan her yerde aynı arsa üzerinde yapılmasına çalışılması ve ¼zel sekt¼r¼n hastane kurma girişimleri teşvik edecek tedbirlerin alınması ve yerli ilaç sanayi teşvik edilmesi belirlenmiş diğer politikalar dır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963).

3.2.İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

3.2.1.Durum Analizi: 1963-1966 d¼neminde sağlık teşkilatında gelişmeler yaşanmış, sosyalleştirilen b¼lgelerde sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıkları kurulmuş, b¼lge laboratuvarları, b¼lge hastaneleri, depo ve tamirhanelerin yapımına başlanmıştır.

Sosyalleştirme programının uygulandığı b¼lgelerde sağlık personelindeki dağılım dengesizliği ortadan kaldırılmaya çalışıldığı halde hekimlerin b¼y¼k il merkezlerinde toplanması ¼nlenememiřtir. Bununla birlikte m¼tehassıs ve pratisyen hekim sayısında dengesizlik s¼z konusudur. Mevcut hekimlerin %60,3¼ m¼tehassıs, %39,7'si ise pratisyendir (Koruyucu sağlık hizmetlerinin y¼r¼t¼lmesi için bu sayı azdır). Hekimlerin yabancı ¼lkelere gidip yerleşmesi bu d¼nemde karşılaşılan sorunlardan biridir. Yardımcı sağlık personelinin az olması, bazı yerlerde hekimlerin yardımcı sağlık personelinin g¼revlerini ¼zerine almalarına yol açmıştır.

Birinci beş yıllık kalkınma planında kamuya ait sağlık hizmetlerinin, Milli Savunma Bakanlığı'nın ¼zel nitelikteki hizmetleri hariç, tek elden y¼r¼t¼lmesi ¼ng¼r¼lmesine rağmen bu durum gerçekleşememiştir. Farklı kuruluşlara bağlı sağlık kurumlarında değişik personel ve malzeme standartları ve farklı ¼cret politikaları uygulanmıştır.

Bu d¼nemde sağlık ocaklarının yapımında bazı sorunlarla karşılaşılmıştır. Bunlar; inşaatın kurulmasında arsa sıkıntılarını nedeniyle ocaklar k¼y dışına yapılmış, hizmet sunumu g¼leřmiřtir. Ocakların yapıldığı yerlerde alt yapı hizmetleri genelde sağlanamamıştır.

3.2.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirme programı her yıl 300 sağlık ocağı açılarak devam edilmesi ve 1972 yılında 10 bin kişiye 25 yatak sayısı düşecek şekilde kapasite artışı sağlanması hedeflenmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla savaş konusunda çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi hedeflenmiştir.

3.2.3.Politikalar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde hizmetlerin yeterli yürütülebilmesi ve denetimi sağlamak amacıyla çevre sağlığı, laboratuvar hizmetleri, halk sağlığı eğitimi, ruh sağlığı hizmetlerinde sorumlu birimler kurulması ve sağlık hizmetlerinde özel sektörün desteklenmesi politika olarak belirlenmiştir.

Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitiminin uygulama esasları tespit edilerek araştırma yapıp hizmet içi eğitim sağlayacak bir “Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” kurulması planlanmıştır.

Doğu illerinden başlayarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasına devam edilmesi, hizmet seviyesi düşük olan illerin öncelikli olarak ele alınması ve bu programdaki hekimlere rotasyon imkanı sağlamak için her yıl yapılan sağlık ocaklarının %15’i Batı bölgelerine yapılarak programın uzatılması belirlenen diğer politikalar olmuştur (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1968).

3.3.Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

3.3.1.Durum Analizi: Sosyalleştirme programı sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşıp kırsal kesime sağlık personeli sağlanmasında güçlüklerle karşılaşıldığından istenilen şekilde gelişmemiştir. Yataklı tedavi kurumları sayısı artmış fakat bu kurumların iller bazında dağılımında eşitsizlikler devam etmiştir. Toplam yatak kapasitesinin %44,6’sı İstanbul, Ankara ve İzmir gibi üç büyük şehirde yoğunlaşmıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973)

Personel ve kaynak yetersizliği, aynı yörede çeşitli kuruluşların ayrı ayrı hastaneler kurması ve hastane işletmeciliğinin gelişmemiş olmasından kaynaklı, mevcut yatak kapasitelerinden de tam olarak yararlanılamamış ve kamu kuruluşlarında ortalama yatak kullanımı %58 gibi düşük bir orana sahiptir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

Yetersiz ve dengesiz beslenme ile birlikte bazı bölgelerde halkın sağlık konusundaki eğitiminin yeterli olmayışı özellikle ana ve çocuk sağlığı yönünden sorun oluşturmuştur(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

1962 yılında 9 bin olan doktor sayısı 1971 yılında 15,8 bine yükselerek bu yıllar arasında %75,5 oranında artış göstermiştir. Yardımcı sağlık personeli sayısı 1962 yılında 8,7 bin iken 1971 yılında 30 bin olmuş ve %244 oranında artış göstermiştir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

3.3.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programı tüm yurt düzeyine yaygınlaştırılarak 1982 yılında 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 33 hasta yatağı standardına ulaşmak hedeflenmiştir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973)

3.3.3.Politikalar: Halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına yönelik politikalar belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

3.4.Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

3.4.1.Durum Analizi: Sosyalleştirme programı ile değişik birimlerde bağımsız olarak yürütölen sağlık hizmetleri bütünleştirilmiştir. Sağlık kurumlarında yatak sayısında gelişmeler yaşanmakla birlikte tedavi hizmetleri çok sayıda kurum tarafından ve dağınık şekilde yürütölmüştür.

1977 yılının sonunda toplam yatak sayısı artmış olup on bin kişiye 25 yatak düşmektedir. Bunun yanında yatakların iller arasında dağılım dengesizliği devam etmiştir.

Nitelikli ilaç yapımının denetim altına alınamayışı ve denetimin yeterli nitelik ve nicelikte yapılmayışı ilaç denetimindeki başlıca sorunlardandır.

Nüfusun genç oluşu, yanlış ve eksik beslenmeden kaynaklı hastalıklar, bebek ölüm oranının yüksek olması, çevre sağlığı koşullarının istenilen düzeyde olmaması gibi nedenlerle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin etkin şekilde yürütülememesi, önemli bir sorun olmaya devam etmiştir.

Ulusal düzeyde bir işçi sağlığı ve işyeri güvenliği kurulması konusunda gereken hazırlıkların Çalışma Bakanlığı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı eliyle yürütülmesini öngören tedbir gerçekleştirilememiştir.

Çeşitli kuruluşlar tarafından gerçekleştirilen ve benzer sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında belirli standart ve sınırlamalar bulunmamaktadır.

Tıptaki gelişmelere paralel olarak ithal edilen teknolojinin çalıştırılması, bakımı ve onarımı için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulunmadığından bu teknolojinin kullanımı sınırlı kalmıştır.

3.4.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsamı ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek hedeflenmiştir.

Yataklı tedavi kurumlarındaki yatak kullanım oranının yükseltilmesi yoluyla az yatırımla daha çok yatak sunma ilkesinin gözetilmesi ve hizmetin yeterince götürülemediği bölgelere öncelik tanınması ve öncelikli olarak genel amaçlı hastane ve doğumevi yataklarının artırılması amaçlanmıştır.

IV. Plan d6nemindeki toplam sağlık yatırımlarının; koruyucu hizmetler 9.985 Milyon TL, iyileştirici hizmetler 9.900 Milyon TL ve sosyal hizmetlerin 1.615 Milyon TL olması hedeflenmiştir.

4.4.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek amacıyla gerekli finansmanı sağlamak için gerekli hukuki düzenlemeler yapılması ve devletin ilaç üzerindeki denetiminin artırılması politika olarak belirlenmiştir.

Diğer politikalar; çevre sağlığı hizmetlerinde etkinliği sağlamak için merkezi yönetimin kendi içinde ve yerel yönetimle uyumlu çalışabilmesi için örgütsel düzenlemelere gidilmesi, yeterli sayıda yönetici, uzman ve teknisyenin yetiştirilmesine ve halkın bu konudaki eğitimine ağırlık verilmesi, Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü'nün yurt içinde üretilen ve ithal edilen ilaçların ve aktif maddelerin kontrollerini yapacak şekilde çalışmasının sağlanması ve teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin alınması, kullanılması ve sağlık sistemi içinde yaygınlaştırılmasında benzeri kuruluşlar arasında eşgüdümün sağlanarak standartlaşmaya gidilmesi, bu araç ve gereçlerin kamu tarafından yeterli sayıda ve uygun standartlarda üretiminin sağlanmasıdır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1978).

3. 5.Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

3.5.1.Durum Analizi: 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2754 sağlık ocağı (2227'sinin binası mevcut), 7452 sağlık evi (2241'inin binası mevcut) faaliyetini sürdürmüştür.

3.5.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirme uygulamasına ait mevzuatın günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi ve sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapılması planlanmıştır. Ortalama 10 bin kişiye 26 yatak hedeflenmiştir.

3.5.3.Politikalar: Koruyucu sağlık hizmetlerinin yurt genelinde yaygınlaştırılması ve bunun için gerekli yapı, personel ve araç-gereç eksikliklerinin giderilmesi, sevk zincirinin uygulamaya konulması, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması politika olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin koordineli şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınması; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliğinin geliştirilmesi ve çalışmalarını karşılıklı dayanışma içerisinde yürütebilmeleri için gerekli politikalar uygulanması politikalar olarak belirlenmiştir.

Özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilerek bu kuruluşların sunduğu hizmet ücretlerinin serbest bırakılması, tıbbi cihaz tasarrufu sağlamak, bakım-onarım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesinin sağlanması, bu konuda çeşitli dallarda orta kademe teknik okullar ile Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) programlarının başlatılması düşünülmüş diğer politikalar (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985).

3.6.Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

3.6.1.Durum Analizi: 1989 yılı gerçekleşme tahminine göre yatak başına düşen nüfus 409, bir hekime düşen nüfus 1213, bir hemşire ya da ebe başına düşen nüfus 859'dur.

3.6.2.Amaç ve Hedefler: Plan dönemi sonunda; doğuştan beklenen yaşam süresinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun birinci basamak sağlık ünitelerince karşılanması amaçlanmıştır.

3.6.3.Politikalar: Koruyucu sağlık hizmetlerine süreklilik kazandırılması, yaygınlaştırılması ve etkili sunuma öncelik verilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili sevk zincirinin oluşturulması, sağlık sigorta kapsamının

genişletilmesi, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesi, gıda kontrol hizmetleri, ilaç, aşı, serum ve kan ürünlerinin üretimi, kalite kontrolü, muhafazası, dağıtım ve kullanımını etkinleştirecek düzenlemeler yapılması politika olarak belirlenmiştir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda birey ve toplumun sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, sağlık kuruluşları hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılması, etkin bir sağlık insan gücü planlamasının yapılarak sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının yurt içinde dengeli dağılımının sağlanması politikaları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989).

3.7.Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

3.7.1.Durum Analizi: Sağlık hizmeti sunumunda kamunun ağırlığı devam etmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti birimleri kamuya ait olup, çalışan sağlık personelinin büyük çoğunluğu kamuda istihdam edilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında hizmet sunum ve finansmanının bir arada olması, hizmet planlama ve uygulamasında sorun oluşturarak denetim mekanizmasının etkili işletilmesini engellemektedir. Az kaynak kullanılarak sağlıklı bir toplum oluşturabilecek temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilmemiş, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir.

VI. Plan döneminde, toplumun genel sağlık düzeyi iyileşmiş, 1989-1994 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 66 yıldan 67,7 yıla yükselmiştir. Aynı dönemde 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı binde 62,2'den binde 46,8'e gerilemiştir.

Etkili sevk zincirinin kurulamaması, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, özellikle kent merkezlerindeki büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insan gücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına sebep olmuştur.

Maliyet muhasebesi tekniklerinden faydalanılmaması nedeniyle, sağlık hizmetinin bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılamamıştır.

Özel sağlık sigortacılığı yaygınlaştırılamamıştır.

3.7.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerinde etkin kaynak kullanımı, sürekli, yaygın ve kaliteli hizmet ile müşteri tatmininin sağlanması için sistemin yeniden yapılandırılması ve tüm sağlık hizmet kademelerinin kapsayan sevk zincirinin kurulması ve bu kapsamda hastanın hastane ve hekim seçebilme imkanının sağlanması amaçlanmıştır.

Ayrıca, sağlık politikalarına süreklilik kazandıracak yasaların süreklilik kazanması, yatırımların alt yapının düşük kapasite ile kullanıldığı bölgelere değil daha rasyonel çerçeveler kullanılarak yapılması ve sağlık hizmetinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması hedeflenmiştir.

3.7.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinin sunumu, personel politikaları, toplum sağlığı gibi konuları kapsayacak yeni yasal düzenlemelerin yapılması, mevzuat güncellenmesi, rasyonel ilaç kullanımını düzenleyici politikalara öncelik verilmesi ve özel sağlık sektörü faaliyetlerinin özendirilmesi, sağlık alanında yapılacak bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesi politika olarak belirlenmiştir.

Sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sigortalanması, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası kapsamına geçilmesi, ödeme gücü olmayan vatandaşların sigorta primlerinin bir kısmının ya da tamamının kamu kaynaklarında karşılanması ve bunun için gerekli yasal düzenlemeler yapılması politikaları da belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995).

3.8.Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

3.8.1.Durum Analizi: 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüştür ve doğuşta beklenen yaşam süresi 68 yıldan 69,1 yıla yükselmiştir.

Temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, s¼rekli ve etkin koruyucu sağlık hizmeti sunumu sağlanamamıştır. Kamu hastanelerinde yarı zamanlı çalışma uygulaması hem tıp eğitimini olumsuz y¼nde hem de insan g¼c¼ imkanlarından yeterince yararlanılmamasına sebep olmuştur.

Sağlık kurumları arasında etkili sevk zinciri kurulamamış, sigorta kapsamındaki vatandaşlara hastane ve hekim seçme hakkı sağlanmamıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000).

1999 yılı sonunda toplam yatak sayısı içinde ¼zel sekt¼r¼n payı%6,8 olmuştur.

İnsan g¼c¼ ve alt yapı imkanlarından daha iyi yararlanabilmek için 13 ilde 23 Sağlık Bakanlığı hastanesinde vardiyalı çalışma uygulaması başlatılmıştır.

1994-1995 ¼đretim yılında 25 olan tıp fak¼ltesi sayısı 1998-1999 yıllarında 46'ya y¼kselmesine rağmen kontenjan sayısı azaltılarak bu d¼nemde kayıt olan ¼đrenci sayısında d¼ř¼ř olmuştur. Bu d¼ř¼ř¼n ¼n¼ne geçebilmek için yeni tıp fak¼ltesi kurulması yerine mevcut kontenjanların arttırılması, altyapının g¼lendirilmesi ve etkili bir insan g¼c¼ planlamasının yapılması ¼nem taşımıştır.

3.8.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetleri eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentileriyle uyumlu, kaliteli, ulaşılabilir, verimli ve hasta haklarına saygılı Şekilde sunulması hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere ¼ncelik verilmesi, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla sekt¼rler arası işbirliği ve koordinasyonun sağlanması, sağlık hizmet sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması, her vatandaşın sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanması, acil sağlık hizmetlerinin ¼lke bazında geliştirilip yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Sağlık kurumlarının idari ve mali yönden özerkleştirilmesi, kentlerde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kırsal kesimde ise mobil sağlık hizmeti uygulamasının geliştirilmesi hedefler arasında yer almıştır.

3.8.3.Politikalar: Özel sektörün sağlığa yapacağı yatırımlar ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edilmesi, bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi yöntemleri ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, personelin tam gün çalışmasının özendirilmesi, aşı üretim kapasitesinin geliştirilmesi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi aşı, ilaç, gıda ve çevreye yönelik laboratuvar ve kontrol hizmetleri bakımından ulusal referans kurumu haline getirilmesi politikaları belirlenmiştir.

Bununla birlikte; Sağlık Bakanlığı'nın görev ve organizasyon yapısının yeniden düzenlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, sağlık kurumlarının özerk ve rekabet edilebilir işletmeler haline getirilmesi ve hemşireler ve ebelerle ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılması politikaları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000).

3.9.Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

3.9.1.Durum Analizi: Sekizinci plan döneminde; sağlık personeli sayısında, yatak sayısı ve yatak kullanım oranlarında, bebek ölüm hızı ve aşılama gibi göstergelerde yapılan iyileştirmelere rağmen yapılan bu iyileştirmeler istenilen düzeye ulaşamamıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda kırsal ve bölgesel düzeydeki dengesizlik devam etmiştir. Sevk zincirinin iyi işlememesinden kaynaklanan hastanelerdeki yığılmalar hizmet kalitesini düşürmüştür.

2005 yılında hekim başına düşen hasta sayısında AB ortalaması 288 kişi iken, ülkemizde 715 kişidir. Toplam sağlık harcaması 2000-2005 yılları arasında GSYİH'nın %6,6' sından , %7,6'sına yükselmiştir.

Sekizinci plan döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış ve bu kapsamda daha etkili sevk zinciri için aile hekimliği pilot uygulamaları devam etmiştir.

Kamuya ait tüm hastaneler, hizmet sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu artmış ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006: 41,42).

3.9.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi, sağlık sisteminin hasta odaklı olması, özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının teşvik edilmesi ve uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanının oluşturulması amaçlanmıştır.

Ayrıca bu plan döneminde hekim sayısı, hekim başına düşen nüfus sayısı, yatak sayısı, yatak başına düşen nüfus sayısı ve tıp fakültelerine kayıt sayısında iyileşmeler öngörülmüştür.

3.9.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, hasta odaklı sağlık sisteminin oluşturularak tıbbi kötü uygulamaları önlemek için hukuki düzenlemelerin yapılması, hasta hakları konusunda sağlık personeli ve vatandaşların bilinçlendirilmesi, sağlık birimlerinin akreditasyonunun sağlanması, uluslararası standartlara uygun sağlık veri tabanının oluşturulması ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmet sunumu ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesine yönelik politikalar belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006).

3.10.Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

3.10.1.Durum Analizi: Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Anne ve bebek ölüm oranları düşürülmüş ve doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Hekime müracaat

eden kişi sayısı 2002 yılında 3,2 iken, 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378000'den 670000'e ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında %75 olarak gözlenmiştir. Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği yöntemiyle de gerçekleştirilmesi için yasal düzenlemeler yapılmıştır. 2002 yılında % 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 2012 yılında %4,2 olmuştur.

3.10.2.Amaç ve Hedefler: Bireylerin yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı şekilde katılımlarının sağlanması temel amaç olmuştur. Ayrıca 2013 yılında 26,7 olan 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 2018 yılında 28,4, 100 bin kişiye düşen hekim sayısı'nın 2013 yılında 176 iken 2018 yılında 193'e yükseltilmesi, 2013 yılında binde 7,1 olan bebek ölüm hızının 2018 yılında 6,0'a düşürülmesi ve 100 bin canlı doğumda 14,5 olan anne ölüm hızının 2018 yılında 9,5'e düşürülmesi hedeflenmiştir.

3.10.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler için sektörler arası işbirliğine gidilmesi, akılcı ilaç kullanımı için halkın ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılması, tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmalar için yapısal reformların yapılması, sağlıkta insan gücünün nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesi, tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması için standartların belirlenmesi ve denetlenmesi, obezite ile savaş ve hayvansal ve su ürünlerinin kullanımının yaygınlaştırılması, veri ve kanıta dayalı sağlık politikaları için veri üretim kalitesinin artırılması politika olarak belirlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikalar ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çalışmanın yapılmasında birinci ve şu anda son olan onuncu kalkınma planına kadar olan tüm kalkınma planları sağlık sektörü açısından incelenmiştir.

Ülkelerin kalkınmasında sağlık sektörü oldukça önem taşımaktadır. Türkiye Kalkınma Planları incelendiğinde; sağlık sektöründe çok büyük ilerlemeler olduğu gözlenmiştir. Kalkınma planlarında genel olarak sağlık hizmet sunumunun etkili, sürekli, ulaşılabilir, kaliteli ve müşteri memnuniyetini artırıcı nitelikte olması için çaba gösterilmiştir.

Bu çalışmada, Türkiye sağlık sektörü tarihsel olarak analiz edilmiştir. Bu çalışmanın diğer araştırmacılara Türkiye sağlık sektörü'nün gelişiminin incelenmesi açısından rehber nitelik taşıyacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1968, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2013, Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018), Ankara.

Yardımcıoğlu, M., Kocamaz H. ve Sezal N., 2012, Türkiye’de Günümüze Kadar İzlenen Bölgesel Kalkınma Politikaları Ve Kalkınma, II. Bölgesel Sorunlar ve Türkiye Sempozyumu 1-2 Ekim 2012. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages /KalkinmaPlanlari.aspx/> 26.02.2015